



당신과 당신의 아기를 보호하는 것이 성공의 이야기가 될 수도 있습니다.....

당신이 임신을 하였거나 임신을 한 것으로 생각되면 AIDS를 걸리게 하는 바이러스인 HIV에 대해서 알 필요가 있습니다.

임신 시기는 당신 자신을 돌보고 임신부와 아기의 건강을 위하여 정기 신체 검사를 해야 할 때입니다. 당신의 의사는 몇 가지 질문을 하고 당신과 아기에게 해가 될 수도 있는 어떤 상태들에 대한 검사를 할 것입니다. 당신이 거절하지 않는다면 정기 임산부 관리 서비스의 일부로서 HIV 검사를 할 것입니다. 당신에게 가장 좋은 선택은 조기 발견과 치료입니다.

의사는 당신이 HIV 검사를 하겠다고 받아들였다는 표시로 동의서에 서명할 것을 요구할 것입니다.

HIV 란 무엇입니까?

- . 인체 면역 결핍 바이러스(HIV)는 면역 체계를 약화 시켜 인체가 병균의 감염을 이겨내기 힘들게 만드는 병입니다.

HIV는 어떻게 전염됩니까?

- . HIV는 주로 HIV를 가지고 있는 사람과 콘돔을 사용하지 않고 성교를 하거나 주사 바늘을 같이 사용하면 전염됩니다.
- . HIV를 가지고 있거나 AIDS를 가지고 있는 임산부는 임신 중, 분만 중, 또는 수유 중 그녀의 아기에게 HIV를 전염시킬 수 있습니다.

HIV 검사가 어떻게 제 아기에게 도움이 됩니까?

- . HIV 검사는 만약 당신이 HIV 테스트에 양성 반응을 보이면 치료를 받아야 할 필요성을 경고해 줌으로서 당신과 당신의 아기에게 도움이 될 것입니다. 산고와 분만 전, 도중, 후의 치료는 HIV를 당신의 아기에게 전염시킬 가능성을 감소시킬 수 있습니다.
- . 의사들은 당신이 HIV를 가지고 있어도 맞는 약을 가지고 치료하면 당신의 아기에게 HIV를 전염시킬 확률을 크게 줄여 줄수 있다는 것을 알고 있습니다.

HIV에 양성 반응을 보이면 어떻게 합니까?

- . 만약 HIV에 양성 반응을 보이면, 당신은 의사에게 치료 방법들을 상의해 보기리를 원할 수도 있습니다.



HIV 에서 당신을 보호하려면:

- . 임신을 하였더라도 성교를 할 때 고무나 합성 고무로 만든 콘돔(남성과 여성)을 사용하십시오.
- . 약물이나 스테로이드, 비타민을 주사하거나, 문신이나 몸의 일부를 찌를 때 다른 사람의 주사 바늘을 같이 사용하지 마십시오.

다른 도움 자료

- . 당신이 사는 지역에 있는 임신부 HIV 치료 전문가를 포함한 HIV 의뢰와 자문 자료를 받기위해서는 캘리포니아 HIV/AIDS 도움 전화인 1-800-367-2437 (AIDS)로 전화하십시오.
- . 몇몇 캘리포니아 병원에서는 또한 산고와 분만시 빠른 HIV 검사(Rapid HIV)를 제공하고 있습니다. 빠른 HIV (Rapid HIV) 검사는 HIV 검사 결과를 20 분이라는 짧은 시간 내에 알려 줍니다. 빠른 HIV 검사가 당신이 사는 지역에서 제공되는지 의사에게 물어 보십시오.

여기에 서명함으로서, 이번에 HIV 테스트를 받는데 동의하지 않는 바입니다.

이름	서명	날짜



산전 HIV 검사 동의서

저는 제가 거절하지 않는 한, 혈액이나 몸의 분비물을 통해서 AIDS를 걸리게 하는 인체 면역 결핍 바이러스 (HIV) 검사를 할 것이라고 들었습니다. 제가 이 일반적인 검사를 받기를 거부할 권리가 있다는 것을 알고 있습니다.

저는 또한 산전 HIV 치료를 받을 수 있는 산전 HIV 정보 자료와 HIV 의뢰나 자문 자료를 받았습니다. 이 자료에는 또한 산전에 HIV를 아기에게 옮길 수 있는 위험성과, 승인된 치료 방법으로 산전에 HIV를 옮길 수 있는 위험성을 낮출 수 있다는 사실과, 검사의 위험성과 혜택에 대해서 써있습니다. 저는 검사의 의미와 제한점에 대해서 들었습니다.

밑에 서명함으로서, 의사가 준 HIV에 대한 정보를 제가 읽었거나 누가 제게 읽어 주었다는 것을 인정하며 제가 질문을 할 기회가 있었으면 질문에 만족할 만한 대답을 들었음을 인정합니다.

일반적으로, 제가 다른 사람에게 알려 주어도 좋다고 특별히 문서상으로 허가하지 않는 한 의사나 다른 의료 종사자 외에는 저의 검사 결과에 대해서 알 수 없게 법적으로 정해 놓고 있습니다. 양성 결과는 지역의 건강 사무관에게 보고됩니다.

저는 이 검사의 위험성과 혜택에 관한 정보를 받았으며 이 동의서에 서명함으로서 HIV 검사를 받는데 동의한다는 것을 이해합니다.

이름	서명	날짜
----	----	----